

XVII
FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°
21

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre FÉLIX

Né le 12 février 1896 à Pré-Saint-Gervais (Seine)

SUR UN CAS D'OSTÉO-PÉRIOSTITE
DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR A FORME
INFILTRANTE ET A ÉVOLUTION CHRONIQUE
SIMULANT UNE TUMEUR MALIGNE
DE LA MÂCHOIRE

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1928

FRANCE

ANTHROPOLOGICAL MUSEUM

12

12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre FÉLIX

Né le 12 février 1896 à Pré-Saint-Gervais (Seine)

SUR UN CAS D'OSTÉO-PÉRIOSTITE
DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR A FORME
INFILTRANTE ET A ÉVOLUTION CHRONIQUE
SIMULANT UNE TUMEUR MALIGNE
DE LA MÂCHOIRE

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE 2,

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TIESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BRAMI . . . Pathologie médicale.
LAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
UBERTIN . . . Pathologie médicale.
ASSET . . . Pathologie chirurgicale.
AUDOUIN . . . Pathologie médicale.
INET Physiologie.
ANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
ROCQ Pathologie chirurgicale.
RULÉ Pathologie médicale.
ADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
HABROL . . . Pathologie médicale.
HIRAY . . . } Pathologie médicale.
LERC }
DEBRÉ Hygiène.
DOGNON . . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
DUVOIR . . . Médecine légale.
CALLE Obstétrique.
DISSINGER . . Pathologie médicale.
FARNIER . . . Pathologie expérimentale.
FATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
FARVIER . . . Pathologie médicale.
FEITZ-BOYER Urologie.
FOVELACQUE Anatomie.
FUTINEL . . . Pathologie médicale.
FOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX Anatomie pathologique
LEVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . . Pathologie mentale.
LIAN Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fernand). . . . Pharmacologie.
METZGER . . . Obstétrique.
MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
MOURE Pathologie chirurgicale
MULON Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PHILIBERT . . Bactériologie
QUENU Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils . Physiologie.
SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL . Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

FUSQUET Pharmacologie.
GUÉNIOT Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
REFFERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . .		MOCQUOT .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .		PROUST . .	
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ }	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions
mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
probation.*

A MES PARENTS

En témoignage de toute mon affection.

A MA FEMME

Dont le dévouement m'a été précieux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILEAU

Professeur de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie
Membre de l'Académie de Médecine

*Pour le remercier du grand honneur
qu'il m'a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN,
MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER,
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL,
MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE,
MONSIEUR LE DOCTEUR KLIPPEL,
MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE,
MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANTOINE FLORAND
Médecin de l'Hôpital Lariboisière



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Parmi les complications de l'infection dentaire, l'ostéomyélite des maxillaires et, plus particulièrement celle du maxillaire inférieur est une des plus couramment observée.

Elle était autrefois mal cataloguée et rangée dans le groupe des adéno-phlegmons sous-maxillaires. M. SEBILÉAU l'en a le premier détachée et isolée sous le nom d'ostéo-périostite de la face interne du maxillaire inférieur et depuis sa description est restée classique.

Mais on a insisté sur la forme la plus fréquente qui est le type de l'ostéo-périostite suppurée, alors que cette infection du maxillaire inférieur peut parfois revêtir l'aspect d'une inflammation osseuse sans collection et sans suppuration dont le caractère dominant est l'hyperplasie.

C'est cette forme que présentait le malade qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Forme clinique d'ailleurs rare, pouvant être la source d'erreurs de diagnostic avec les différentes tumeurs de la mâchoire.

Pour mieux marquer l'opposition tranchée qui existe

entre ces 2 formes, nous rappellerons les principaux signes de l'ostéo-périostite suppurée, devenue maintenant classique et nous décrirons ensuite les signes particuliers qui individualisent la seconde forme dont nous n'avons pas trouvé mention dans la littérature. Bien que différents et siégeant au maxillaire supérieur on peut toutefois en rapprocher les observations rapportées par Jacques de Nancy.

« A en croire les auteurs les plus récents, l'ostéo-périostite odontopathique se manifesterait soit sous la forme de fluxion simple, soit sous la forme d'abcès. Le phlegmon osseux de cause dentaire ou bien se résorberait, ou bien suppurerait après quelques jours. L'évolution aboutirait donc à la guérison par résolution ou suppuration, celle-ci pouvant toutefois se chroniquer par fistulisation ».

« C'est l'ostéo-périostite subaiguë, forme pathologique intermédiaire, qui s'intercale entre : le phlegmon osseux péri-maxillaire classique et le kyste radiculodentaire déterminé par le voisinage d'un foyer d'infection bulbo-radiculaire et dont les signes rappellent singulièrement la première de ces affections ».

« En dehors des alternatives classiques de résolution, d'évacuation spontanée ou de fistulisation, la monoarthrite apicale peut affecter une évolution subaiguë torpide. C'est l'expression d'une affection dentaire atténuée, où la défense des tissus tend non sans succès à l'enkystement des lésions du périoste ».

« Anatomiquement il s'agit d'une infiltration œdémateuse chronique du périoste circonscrite au voisinage

« d'une fistule apicale de l'apophyse alvéolaire. La membrane ostéogène se montre en regard de la fistule fangeuse, ramollie, enfermant une petite quantité de séro pus infiltrée, plutôt que collectée.

« L'os, dénudé sur une faible étendue, présente une surface normale, parfois recouverte de petites lamelles rougeâtres, rugueuses et friables d'os périostique néoformé dont l'écrasement peut donner lieu à une crépitation de neige froissée » (JACQUES).

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Elle semble la même dans les deux cas.

En dehors des causes prédisposantes qui sont celles de la carie dentaire en général (clientèle hospitalière, grossesse, syphilis et tous facteurs de décalcification et de déminéralisation osseuse) les causes déterminantes semblent être avant tout :

1° La mono-arthrite apicale, résultante et complication d'une dentomyélite. On ne saurait d'ailleurs trop insister sur le rôle de l'obturation dentaire temporaire ou définitive d'une dent incomplètement désinfectée qui crée une cavité close de suppuration où s'exacerbe la virulence microbienne. L'infection se propage en suivant le ligament alvéolo-dentaire et ce même ligament sera ultérieurement un important facteur de rétention, puisqu'il s'oppose à l'issue du pus. Ce réveil infectieux peut d'ailleurs survenir plusieurs mois après l'obturation.

2° C'est beaucoup plus rarement qu'il s'agira d'une arthrite purulente de l'articulation alvéolo dentaire sans carie (SEBILEAU).

3° Rarement aussi d'une polyarthrite qui donne une

ostéomyélite alvéolaire simple, bien drainée vers l'extérieur et sans grande tendance à la rétention.

4° Quant à la voie gingivale par ulcération isolée de la gencive et gingivite elle est actuellement rejetée.

ÉTUDE CLINIQUE

A. — L'ostéo-périostite suppurée

Quatre périodes sont à étudier :

- 1° Période prodromique ;
- 2° Période d'inflammation osseuse ;
- 3° Période de collection purulente ;
- 4° Période d'abcédation, de fistulisation et de sequelles.

Son siège le plus fréquent est la région mentonnière médiane et latérale et la branche horizontale, soit la face interne, soit la face externe ; plus rarement la région angulaire et la branche montante, c'est alors une complication de la dent de sagesse inférieure.

I. — Période prodromique.

Ce sont les symptômes classiques de la mono-arthrite apicale dont l'élément fondamental est la douleur violente, lancinante, entraînant l'insomnie ; des signes apparaissent du côté de la dent et du tissu cellulaire :

1° Du côté de la dent ; sensation de dent « allongée », mobile et douloureuse ;

2° Du côté de tissu cellulaire ce sont des phénomènes

œdémateux avec tuméfaction molle, pseudo-fluctuante, le tout évoluant ;

Soit vers la résolution si on pratique une avulsion dentaire précoce ;

Soit vers la périostite phlegmoneuse.

En même temps apparaissent des signes digestifs et quelques signes généraux :

Fétidité de l'haleine ;

Langue sale ;

Température : 39°-39°5.

Frissons.

II. — Période d'inflammation de l'os

La douleur s'exacerbe, prenant un type de douleur osseuse répondant à la « térébration de l'os » de SEBILEAU.

Trois types anatomiques peuvent être décrits :

1° L'ostéo-périostite de la face externe ;

2° L'ostéo-périostite de la face interne ;

3° L'ostéo-périostite angulaire.

1° L'ostéo-périostite suppurée de la face externe du maxillaire inférieur est caractérisée par :

La tuméfaction douloureuse de la joue ;

L'empâtement du sillon gingivo-jugal ;

L'intégrité de la face interne du maxillaire, respecté dans sa forme et sa consistance ;

Le plancher buccal souple dans toute son étendue ;

L'anesthésie cutanée dans le territoire du nerf dentaire inférieur, décrite par Vincent d'ALGER ;

Le trismus peu marqué et tardif.

2° L'ostéo-périostite suppurée de la face interne du maxillaire inférieur.

Cette forme confondue par les classiques avec les adéno-phlegmons sous-maxillaires, a été décrite par M. SEBILEAU. Ici, le trismus est précoce et très marqué, le sillon gingivo-jugal est libre, le plancher buccal est infiltré.

3° L'ostéo-périostite suppurée angulaire :

Elle siège au niveau de la face interne de l'angle et de la branche montante. Elle n'est qu'un des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure et une des étapes terminales de l'infection osseuse.

Sa symptomatologie est très spéciale, c'est :

1° Le trismus constant, précoce, incoercible, très douloureux ;

2° La fusée purulente qui, suivant le canal dentaire inférieur, aboutit à l'épine de Spix et file vers la partie latérale du pharynx ;

3° La séquestration fréquente, aux dépens de la face interne, et donnant un séquestre triangulaire à base supérieure ;

4° Enfin, deux complications fréquentes :

Le phlegmon péri-amygdalien ;

L'angine de LUDWIG.

III. — Période de collection suppurée.

A ces trois localisations répondent trois variétés d'abcès et trois sièges de fistules.

a) Dans les ostéo-périostites de la face externe, c'est

l'abcès vestibulaire. Tuméfaction rouge, douloureuse à la pression, siégeant et se fistulisant au niveau ou au-dessus du cul-de-sac gingival, par décollement de la muqueuse.

b) Dans les ostéo-périostites de la face interne, c'est l'abcès siégeant dans le sillon gingivo-jugal et s'ouvrant soit au-dessus, soit au-dessous du muscle mylohyoïdien (forme bacillaire).

c) Dans les ostéo-périostites angulaires internes le pus fait issue vers la région amygdalo-pharyngienne.

Telles sont les trois principales formes topographiques de l'ostéo-périostite suppurée du maxillaire inférieur.

IV. — Séquelles : fistules et séquestres.

Nous les étudierons aux complications.

B. — L'ostéo-périostite chronique infiltrante.

I. — Les prodromes.

a) en dehors des symptômes fonctionnels d'arthrite mono-apicale communs avec la forme précédente.

b) le début peut être très insidieux, lié à l'évolution progressive d'une carie alvéolaire latente avec lésions osseuses limitées à l'alvéole.

Ce semble être le cas chez notre malade.

II. — Le début.

Signes fonctionnels :

a) La réaction douloureuse :

Alors que dans les descriptions classiques et dans toutes les observations que nous avons pu recueillir ; les malades accusent un début douloureux constant, qui consiste soit en des prodromes de mono-arthrite apicale, soit en une douleur brusque, continue, violente et lancinante.

Dans les ostéo-périostites infiltrantes, le début est indolent, insidieux, révélé au malade par l'apparition lente d'une petite tuméfaction qui gêne légèrement les mouvements de la langue.

C'est tout au plus si, à une période relativement avancée de l'affection, apparaissent quelques douleurs soit osseuses proprement dites, revêtant le type de la tension douloureuse, soit irradiées vers le haut et le plancher ou vers le bas et la région sous-maxillaire.

Ces douleurs ressemblent donc plus à des névralgies de compression osseuse, se rapprochant ainsi de celles que l'on observe dans les tumeurs des os longs des membres. Les dents, point de départ de l'infection, sont sensibles, douloureuses à la mastication et à la percussion.

b) Compression du nerf dentaire inférieur :

Nous n'avons pas constaté chez notre malade l'anesthésie du territoire du nerf dentaire inférieur, siégeant au niveau du trou mentonnier et débordant sur la partie latérale du menton et de la lèvre inférieure.

Signes physiques.

Tumeur lisse, régulière, recouverte de muqueuse normale, étroitement appliquée à la surface du maxillaire, à développement insidieux et lent, indolore, susceptible de demeurer stationnaire pendant des mois.

C'est ainsi que par une évolution lente et progressive, on arrive à la période d'état.

III. — Période d'état.

A. — Signes fonctionnels :

- a) Fétidité plus ou moins marquée de l'haleine.
- b) Les douleurs n'apparaissent pas plus à la période d'état qu'elles ne marquent le début de l'affection.
- c) Mobilité des dents.
- d) Gêne de la mastication.
- e) Troubles de la mobilité de la langue.

B. — Signes physiques : C'est essentiellement la tumeur.

Il importe d'étudier son siège et ses caractères :

Tout comme pour les ostéo-périostites aiguës suppurrées elle peut siéger :

1. Soit au niveau de la face interne du maxillaire inférieur, elle présente alors tous les caractères d'une tumeur osseuse développée aux dépens de l'os, faisant corps avec lui.

Avec les tumeurs, elle partage le caractère d'être infiltrante et de gagner successivement le sillon maxillo-lingual et le plancher buccal.

A ce niveau elle garde ses deux caractères essentiels :

La dureté,

L'indolence.

2. Soit au niveau de la face externe où elle envahit les parties molles du vestibule.

3. Soit au niveau de l'angle où sa description est classique et c'est dans cette localisation que l'ostéo-périostite revêt souvent un type hypertrophique.

Complicquant généralement l'inclusion de la dent de sagesse inférieur dans la branche montante, elle se résume au point de vue anatomo-pathologique par :

L'infiltration et l'épaississement des parois alvéolaires et la formation d'une coque résistante encapuchonnant l'apex.

Au point de vue clinique, par :

Le trismus,

La dysphagie,

Les douleurs maxillo-pharyngiennes.

Si l'on cherche à établir un parallélisme entre ces deux formes d'ostéo-périostite suppurée et infiltrante, on constate des oppositions marquées :

1° Dans les ostéo-périostites suppurées, le début est généralement brutal, en tout cas toujours rapide, douloureux, accompagné des 4 signes cardinaux de l'inflammation, alors que dans les ostéo-périostites infiltrantes l'installation est lente et progressive, voire même insidieuse, sans douleur et sans réaction inflammatoire locale.

2° L'évolution met encore mieux en évidence cette différence car, si d'un côté elle est rapide, aboutissant en quelques jours à une tuméfaction aiguë du maxillaire inférieur, étendue au plancher dans les ostéo-périostites de la table interne, à la joue dans celles de la table externe ; d'un autre côté toute l'évolution garde un caractère progressif sans à-coup revêtant une allure chronique.

3° Les signes généraux au premier plan dans la forme aiguë, sont généralement absents dans la forme chronique.

4° Enfin il n'y a dans les ostéo-périostites infiltrantes aucune suppuration alors que dans la forme suppurée l'avulsion dentaire fait généralement sourdre du pus du fond de l'alvéole et favorise le drainage.

Dans les cas fréquents où une incision de la face vestibulaire ou de la face linguale est nécessaire, elle extériorise une collection suppurée dont l'absence semble de règle dans les ostéo-périostites infiltrantes.

COMPLICATIONS

I. — Générales :

Ce sont celles communes à toutes les infections dentaires, en particulier la septicémie à point de départ buccal avec température, albuminurie, adynamie.

Mais cette septicémie relève, semble-t-il, bien plus de la carie et de l'arthrite suppurée alvéolo-dentaire que de la périostite.

II. — Locales :

1. Les fusées purulentes, les thrombo-phlébites de la veine faciale, l'ulcération vasculaire des carotides avec hémorragie foudroyante sont plus le fait des formes suppurées qu'infiltrantes ;

2. Il en est de même des deux formes de septicémie buccale décrite par le Professeur SEBILEAU, soit septicémie diffuse lympho-phlegmoneuse du cou ou phlébo-phlegmoneuse toutes deux liées à une association microbienne anaérobie ;

3. L'arthrite temporo-maxillaire subaigüe, caractérisée par des douleurs, le trismus et les troubles de la mastication ;

4° La fracture spontanée du maxillaire inférieur :

Les fractures pathologiques du maxillaire inférieur sont exceptionnelles et ont été récemment étudiées dans la thèse de DUFLOZ. Elles sont tardives, présentent outre les signes communs à ces fractures (impotence fonctionnelle, crépitation osseuse et mobilité anormale) des caractères particuliers telle l'indolence. Sa grande complication est la pseudarthrose ;

5° La constriction des mâchoires ;

6° La dégénérescence cancéreuse des infections chroniques du maxillaire inférieur n'a pas été signalée ;

7° Une complication tardive, la fistule dentaire intimement liée à une autre complication, la séquestration.

PIETKIEWICZ a fourni des fistules une étude complète dans sa thèse. Au maxillaire inférieur les fistules cutanées sont plus fréquentes que les fistules muqueuses, plus spéciales au maxillaire supérieur. Elles ont généralement un trajet long et complexe s'ouvrant surtout dans la région sus-hyoïdienne latérale vers la région massétérine. Le trajet se présente souvent sous la forme d'un cordon induré. Leur diagnostic est facile avec les fistules bacillaires, plus difficile avec les fistules branchiales.

BACTÉRIOLOGIE

N'ayant pu pratiquer l'examen bactériologique de l'affection du malade de notre observation, nous ne pouvons que rappeler, pour mémoire, les articles parus sur les infections apicales et maxillaires.

Le travail le plus important est celui de KRITCHEVSKY et SÉGUIN qui distinguent trois groupes de bactéries :

1° La flore aérobie, tout particulièrement le streptocoque, le pseudo diphtérique, le micrococcus catarrhalis.

2° La flore anaérobie de prédilection : streptococcus acidi lacté et surtout bacilles lactiques.

3° La flore anaérobie stricte, représentée avant tout par le streptococcus pulvidus, microbe véritablement spécifique.

Il importe d'insister sur les caractères d'anaérobiose de la flore périapexienne, et la microbiose latente.

Enfin, dans les conclusions de la thèse de Monnier, nous relevons que : « les suppurations d'origine den-

taire, comme la périostite, les adéno-phlegmons, ont d'une façon constante des caractères de fétidité marqués ; les infections plus ou moins éloignées qui résultent de la gangrène de la pulpe, sont sous la dépendance des microbes anaérobies stricts.

DIAGNOSTIC

Il importe d'étudier le diagnostic positif, basé sur la radiographie et la biopsie ; et le diagnostic différentiel.

I. — Diagnostic positif

1° Radiographie.

Nous ne ferons que rappeler les données classiques d'examen radiographique du maxillaire inférieur. On prendra deux clichés sous deux incidences différentes ; l'une en projection de face, l'autre en projection de profil normale et défilée.

Elle fournit d'ailleurs des renseignements peu significatifs dans les infections chroniques du maxillaire inférieur.

Elle permet de reconnaître l'ostéite raréfiante péri-apicale autour des racines des dents, atteinte d'arthrite. Quant aux ostéomyélites infiltrantes les clichés sont difficiles à interpréter, les signes radiologiques se rapprochent de ceux observés dans les tumeurs bénignes ou malignes et ce n'est que dans les cas d'ostéomyélite destructive avec séquestres qu'elle fournit des données importantes.

2° Biopsie.

La biopsie est le moyen le plus certain et le plus rapide d'affirmer la nature cancéreuse d'une lésion buccale d'autant plus que de toutes les localisations cancéreuses, celles venant au niveau de la cavité buccale sont les plus accessibles à ce mode d'examen.

C'est elle qui a permis de poser chez notre malade le diagnostic de pseudo-tumeur inflammatoire.

II. — Diagnostic différentiel

Il se pose avec toutes les néoformations développées aux dépens du maxillaire inférieur.

1° La tuberculose du maxillaire inférieur.

Bien que siégeant généralement dans la région angulaire et au niveau de la partie postérieure de la branche horizontale, zone fertile et d'accroissement de l'os, elle peut se localiser au niveau de l'arc antérieur.

En dehors de la forme ostéomyélite aiguë à évolution rapide, se rapprochant surtout de l'ostéo-périostite suppurée et se rencontrant presque exclusivement chez les bacillaires pulmonaires avancés, l'ostéo-périostite infiltrante peut se confondre avec deux formes classiques de tuberculose du maxillaire inférieur :

1° La forme centrale ;

2° La forme diffuse sous-périostée, décelant os et périoste, véritable infiltration tuberculeuse à évolution lente, donnant tardivement des séquestres gros et multiples. La radio montre dans cette forme ;

Au début une décalcification osseuse, étendue à la totalité du maxillaire inférieur avec aspect pâle de l'os.

A la phase de réparation ; les séquestres et leur zone de condensation.

2° La syphilis tertiaire du maxillaire inférieur.

Elle est surtout connue dans ses formes nécrosantes ou avec exostoses. Mais bien que rare, on a décrit le syphilome du maxillaire inférieur à type hyperostose qui simule l'ostéo-sarcome et partant, l'ostéo-périostite infiltrante. La forme décrite tout d'abord par CHABAUD dans sa thèse a été reprise par BERCHER et MAUREL. Accidents de la syphilis acquise ou héréditaire, l'infiltration ne dépasse pas le périoste, c'est une véritable périostose. Elle se manifeste par une tuméfaction fusiforme, parallèle à l'axe de la branche horizontale, dure et peu douloureuse c'est l'épreuve thérapeutique qui tranchera le diagnostic la radio donnant des clichés peu caractéristiques.

Nous rappelons enfin, pour mémoire, l'existence d'une ostéo-périostite gommeuse.

3° Les tumeurs du maxillaire inférieur peuvent être classées en deux groupes.

les tumeurs malignes
et les tumeurs bénignes.

LES TUMEURS MALIGNES.

a) Les sarcomes qui, à la radio, se présentent comme des tumeurs infiltrantes, térébrantes, entraînant des

destructions osseuses marquées, à contours irréguliers et déchiquetés.

b) Les épithéliomes primitifs, développés aux dépens des débris para-dentaires par inclusion embryonnaire.

c) Les cancers primitifs du plancher et les cancers infra-lingaux propagés à l'os par envahissement du rebord-alvéolaire, sont de diagnostic évident.

LES TUMEURS BÉNIGNES.

a) Les ostéo-fibromes du maxillaire inférieur :

Il peut s'agir de forme périostale (épulis fibreuse) ou de forme centrale. Ces dernières sont plus rares et le diagnostic plus difficile ; elles se développent généralement au niveau de la partie moyenne de la branche horizontale, et s'extériorisent à la face externe de l'os.

Elles évoluent sans processus inflammatoire, présentent des contours nets, soulèvent le plancher sans l'infiltrer ; ce dernier reste souple et on ne note aucune adhérence de la muqueuse qui garde sa mobilité. A la radio elles ont des contours réguliers nets et circulaires rasant la corticale, sans le perforer donnant un aspect soufflé à l'os.

b) L'ostéite fibreuse localisée au maxillaire inférieur est rare, car cette lésion frappe surtout le maxillaire supérieur, son évolution reste progressive, mais sa caractéristique essentielle est que les signes radiographiques précèdent les signes cliniques et montrent la raréfaction osseuse avec aspect floconneux.

c) Les tumeurs para-dentaires : ce sont des kystes dentifères, parfois très étendus développés au centre

de l'os, écartant les 2 tables ou des kystes adamantins uniloculaire ou multiloculaire.

« L'hypothèse d'une tumeur maligne au début peut être soulevée mais c'est manifestement avec le kyste paradentaire que la discrimination exige le plus de sagacité de la part du clinicien.

« Etiologie commune, par infection dentaire atténuée, rapport étroit et constant avec un chicot retenu dans l'apophyse alvéolaire, marche insidieuse, indolence presque complète, forme globuleuse, consistance élastique, adhérences intimes à l'os, parfois même crépitation plus ou moins parcheminée sont autant de caractères appartenant à l'une comme à l'autre de ces affections.

« Toutefois, une palpation attentive permettra généralement de distinguer le kyste intra-osseux déformant la coque du maxillaire à son voisinage, du foyer d'ostéopérioste simplement appliqué à la surface de l'os non altéré dans sa forme : du reste la ponction aspiratrice lèvera à peu de frais tous les doutes ».
(Jacques).

IV. — L'actinomyose des mâchoires

Le diagnostic ne peut se poser qu'au début avant l'apparition des fistules et des grains jaunes caractéristiques. Ce sont rarement des formes maxillaires pures, mais généralement des formes péri-maxillaires se propageant par des voies périostée. Elles présentent l'aspect d'une tumefaction parfois fluctuante qui envahit les tissus para-dentaires.

TRAITEMENT

Nous rappellerons les trois propositions énoncées par M. le P^r Sebileau :

1^o Toutes les ostéo-périostites mandibulaires sont d'origine dentaire ;

2^o Toute ostéite mandibulaire commande l'extraction sans délai de la dent ;

3^o La seule extraction de la dent est souvent une mesure suffisante.

Chez notre malade, l'infection du maxillaire inférieur relevant d'une cause nettement dentaire, il importait donc de pratiquer le traitement causal toujours nécessaire, parfois suffisant, c'est-à-dire l'avulsion de la dent ou des dents infectées et un curettage alvéolaire.

Chez d'autres malades on pourrait peut-être tenter un traitement plus économique avec résection apicale, curettage périapical du foyer d'ostéo-périostite alvéolaire et désinfection (nettoyage du canal pulpo-radiculaire).

Si ce n'est pas le seul traitement, c'est en tous les cas le seul important.

On pourra compléter par quelques scarifications ou quelques pointes de feu gingivales à raison de deux séances par semaine, pratiquer une désinfection générale de la cavité buccale.

Enfin il pourrait être parfois utile de préciser les indications de la vaccinothérapie.

OBSERVATIONS

Observation personnelle

Le malade M. PICA..., âgé de 52 ans, entré à l'hôpital St-Antoine, pour une affection de la mâchoire inférieure de nature indéterminée.

1° ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

Ils n'offrent rien de particulier. On ne note aucun accident syphilitique, aucune lésion bacillaire antérieur ou actuelle. Il a deux enfants bien portants et dans l'ensemble a présenté un parfait état de santé antérieur. Il a souffert des dents, a eu des avulsions dentaires fréquentes et des obturations nombreuses.

2° ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES.

Le père et la mère sont morts de bronchopneumonie, à l'âge respectif de 72 et 68 ans.

EXAMEN CLINIQUE.

I. — Début.

Il paraît remonter à 6 mois environ. Le malade a ressenti une gêne légère dans les mouvements de la

langue qui butait alors contre une petite tuméfaction, siégeant au niveau de la face postérieure de la partie moyenne de l'arc maxillaire inférieur. Plus exactement, elle siégeait à la partie latérale droite de la région mentonnière. Fait important, cette néoformation était rigoureusement indolente.

L'évolution en est très lente, progressive et sans à-coup. Trois mois plus tard, le malade la reconnaît au doigt et précise sa dureté ; elle était alors devenue le siège de quelques irradiations douloureuses vers le bas de la langue et la région sous-maxillaire.

L'impotence fonctionnelle de la langue était de plus en plus marquée, la mobilité de l'organe réduite.

Les deux dents en regard, canine et prémolaire, deviennent sensibles à la mastication.

Cet état de choses ne fait que s'accroître et lorsque le malade vient consulter, il a remarqué l'apparition d'un symptôme dentaire important : la mobilisation des 2 dents en regard de la tumeur.

EXAMEN PHYSIQUE.

L'haleine est fétide et l'examen cherche à préciser les caractères de la tuméfaction.

On est en présence d'une tumeur qui présente une dureté osseuse, sans aucune zone de ramollissement, faisant corps avec l'os, et qui semble lui être intimement soudée. Elle a gardé son caractère d'indolence, elle semble avoir soulevé la table interne du maxillaire inférieur avec lequel elle se continue, sans délimitation nette et sans sillon.

C'est ainsi qu'elle s'insinue dans l'épaisseur du plancher buccal jusque sous la caroncule salivaire, gardant à ce niveau les mêmes caractères de dureté, d'indolence et n'ayant aucune limite précise.

Ce prolongement dans le plancher adhère à la muqueuse qui a perdu sa mobilité et qui, fait important, présente à ce niveau une petite ulcération siégeant immédiatement en avant de la caroncule.

Cette ulcération ne présente pas de caractère particulier, ses bords sont souples, son fond grisâtre est sanguinolent, elle saigne facilement au contact du stylet qui ne permet pas d'explorer un trajet fistuleux et ne sonne sur aucun séquestre.

Table externe et bord cervical du maxillaire ont leur aspect normal respecté.

EXAMEN DE LA BOUCHE.

1° La langue, le voile, le reste du plancher, le reste du maxillaire inférieur et l'ensemble du massif maxillaire supérieur sont normaux.

2° *La denture :*

manquent :

1° *en bas :* deux molaires droites ;

une grosse molaire gauche ;

une prémolaire gauche ;

une incisive gauche.

2° *en haut :*

une canine et une prémolaire droites.

Les deux dents regardant la tumeur sont très mobiles et légèrement douloureuses.

3° *Le système lymphatique.*

On trouve quelques ganglions au niveau du groupe sous-mental et du groupe carotidien supérieur droit. Ces ganglions sont petits, durs, isolés et mobiles, indolents.

EXAMEN GÉNÉRAL.

Le malade présente une bonne constitution. Pas d'amaigrissement notable. Les poumons et le cœur sont normaux, on entend à l'auscultation un clangor aortique, la tension artérielle prise à l'appareil de Vaquez, est de 18-12. Les urines sont normales.

DISCUSSION DU DIAGNOSTIC.

C'était apparemment un néoplasme, tel un sarcome. La tumeur en effet était dure, infiltrante et indolente avec un léger retentissement ganglionnaire. Elle présentait une ulcération peu typique, saignante. Son évolution avait été très progressive ; de plus, c'était un néoplasme du maxillaire et non du plancher comme semblaient le préciser l'interrogatoire et la localisation initiale.

Il ne paraissait pas s'agir d'une périostite, d'un ostéo phlegmon, d'un kyste dentaire ou d'une tumeur osseuse bénigne pas plus que l'on ne pouvait songer à une lithiase du canal de Warthon ou de la glande sous-maxillaire, ni à une actino-mycose.

Mais cependant 2 épreuves restaient à faire :

Pratiquer une radiographie.

Pratiquer une biopsie.

En attendant le résultat de ces 2 examens, on envoie le malade consulter le stomatologiste pour pratiquer un nettoyage de la cavité buccale, et faire une avulsion préalable des deux dents en regard.

Tel fut le traitement pratiqué et en plus, on curette les alvéoles des dents extraites. Fait à retenir : *ce curettage ne ramène aucune gouttelette de pus.*

Le stomatologiste retient l'idée de néoplasme, mais ne peut confirmer ce diagnostic et fait des réserves sur la possibilité d'une périostite.

Le lendemain, le cliché radiographique ne montre aucune image caractéristique, ni dans le sens d'une tumeur inflammatoire, ni dans le sens d'une tumeur néoplasique.

C'est alors que deux faits viennent confirmer le diagnostic.

1° Le résultat de la biopsie qui montre l'existence d'une réaction inflammatoire, sans aucune trace de cellules cancéreuses ou sarcomateuses.

L'examen de la pièce montre l'existence d'une formule inflammatoire chronique avec polynucléaires et germes intracellulaires. Il n'existe aucun élément atypique, pas de figures de karyokynèse, ni de mitoses anormales.

L'architecture de la muqueuse est conservée ; il n'existe pas d'effondrement de la basale.

2° Le traitement très simple du stomatologiste entraîne une amélioration nette et rapide avec régression complète des phénomènes en trois semaines.

Comme on l'avait pu craindre au début, il ne s'agis-

sait donc pas d'une néoplasie, mais d'une tumeur purement inflammatoire, d'une maxillo-périostite chronique et non suppurée à forme infiltrante, entretenue par l'ostéite alvéolaire.

Observation II (JACQUES).

Ostéo périostite palatine subaiguë odontopathique. Monsieur N..., 50 ans, porte depuis nombre d'années une carte du 4^e degré de la 1^{re} prémolaire supérieure droite, obturée à l'amalgame.

Il y a près de 20 ans une tuméfaction élastique de la grosseur d'un haricot s'est développée insidieusement à la gencive externe, au droit de l'apex de la dent malade, avec sensation de tension, d'agacement, d'arthrite apicale sus-aiguë. Ces phénomènes se manifestent sous la forme intermittente de poussées alternant avec des périodes d'affaissement de la tumeur et de sensation de détente subjective. L'hypothèse d'un kyste étant soulevée, une ponction à l'aiguille de Pravaz est pratiquée et ne fournit à l'opération aucun liquide. Il s'ensuit néanmoins une atténuation momentanée des symptômes, qui, depuis lors, vont en s'éteignant progressivement en dépit de légères recrudescences passagères. A l'heure qu'il est, on ne perçoit plus à la place de la grosseur primitive qu'un petit nodule fibreux épaississant légèrement le périoste.

Sur ces entrefaites, la dent obturée s'étant fracturée a subi une nouvelle obturation et a été coiffée d'une capsule.

Or quelques mois plus tard, le sujet commence à

éprouver à la face palatine, cette fois, de l'apophyse alvéolaire, une sensation de tension et d'épaississement de la gencive depuis la petite incisive jusqu'à la dent de 6 ans. Aucune douleur proprement dite, pas même de sensation d'allongement de la dent, réparée, mais quelques fourmillements à siège indécis. Après une période prodromique de près de 3 semaines la voûte palatine elle-même se prit à gonfler et une tumeur globuleuse vient soulever petit à petit la fibro-muqueuse en un bourrelet transversal, ovalaire, étendu de la région des prémolaires au raphé médian ; la T. étant lisse, élastique, ténue, résistante, plutôt que fluctuante, à peu près indolore et ne gênant que peu la mastication. Toutefois une pression un peu prolongée exercée sur elle avec le doigt éveillait vers les prémolaires un sentiment de piqûre un peu pénible.

Pendant six semaines, l'affection ainsi constituée demeure stationnaire, à peine modifiée d'un jour à l'autre par quelques phénomènes fluxionnaires.

La ténacité des troubles imposait une intervention. Le bourrelet pseudo-kystique incisé apparut essentiellement constitué par une infiltration œdémateuse ne laissant exsuder que quelques gouttes de sérosité trouble. Une minime collection séro-purulente est évacuée de la portion la plus externe avec un grumeau caséeux tout à fait analogue à une concrétion amygdalienne. Là seulement l'os était à nu sur une faible étendue et montrait un pertuis à bords réguliers accédant à l'apex de la 4^{re} prémolaire. Un curettage soigneux, complété par un écouvillonnage au chlorure de zinc, puis une désinfect-

tion odontologique nouvelle du canal radiculaire mirent un terme, au moins provisoire à ces accidents.

Observation III. — (JACQUES).

Ostéo-périostite pseudokystique à poussées de la joue externe du maxillaire supérieur.

Mme B..., 45 ans, bien portante d'ailleurs, présente depuis 16 mois à la hauteur de la racine de la canine droite sur le maxillaire une grosseur du volume d'une petite noisette, indolore d'habitude mais sujette de temps à autre à de petites poussées douloureuses avec augmentation momentanée de volume. La tumeur siège à la hauteur de l'apex de la canine, obturée sur un 4^e degré. Elle est dure, élastique, dépressible avec crépitation osseuse, revêtue de muqueuse normale et adhère intimement à l'os, dans lequel elle semble s'enfoncer. La ponction aspiratrice ne ramène rien. L'excision montre la petite tumeur formée par le périoste fortement épaissi et œdémateux, recouvrant un large pertuis osseux au fond duquel apparaît l'apex de la canine entouré de fougosités. Curettage de la fistule, résection de l'apex, guérison complète en 15 jours.

CONCLUSIONS

1° A côté des ostéo-périostites suppurées et aiguës du maxillaire inférieur, il existe des ostéo-périostites infiltrantes subaiguës ou chroniques.

2° Ces ostéo-périostites infiltrantes, résultent généralement d'infections alvéolaires latentes et d'apexite chronique non suppurée.

3° Leur évolution lente et progressive n'aboutit pas à la suppuration.

4° Leur diagnostic même aidé de la radiographie est difficile avec les tumeurs des mâchoires en général, les sarcomes en particulier.

5° Seule dans certains cas, la biopsie permet de faire le diagnostic.

6° Leur traitement chirurgical devra, toutes les fois qu'il sera possible, être économique et porter avant tout sur la dent et l'alvéole.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

MASSON. — Les tumeurs diagnostic histologique, 1922.

DIEULAFÉ et HERPIN. — *Traité de stomatologie* de Gaillard et Nogué.

OMBRÉDANNE et BROCCQ. — *Maladies des mâchoires*, 1927.

TRUFFERT. Diagnostic et traitement des phlegmons pérимандibulaires d'origine dentaire (*Thèse Paris*, 1920 Arnette, éditeur).

SEBILEAU. — Les phlegmons pérимандibulaires odontopathiques (*Presse médicale*, 16 mars 1921).

GORNUEC. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur. Rapport au V^e Congrès de stomatologie (*Revue de stomatologie*, 1916, n^{os} 9 et 10).

DELBET. — Ostéopériostite du maxillaire inférieur (*Journal des Praticiens*, 8 mars 1923 n^o 9).

STANLEY et COLYER. — Infection chronique profonde des maxillaires (*The Lancet*, 28 janvier 1917).

PIETKIEWIEZ. — Cure radicale des fistules d'origine dentaire (*Thèse Paris*, 1904).

DUFLOZ. — Des fractures pathologiques dans l'ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Thèse Lyon*, 1925).

MONIER. — Contribution à l'étude pathogénique des infections dentaires (*Thèse Paris*, 1904).

KRITCHEWSKY et SÉGUIN. — Société de stomatologie, janvier 1925).

E. CHASSAIGNAC. — *Traité pratique de la suppuration*, Paris 1859.

F. LEJARS. — *Leçons de chirurgie*. Paris 1895, p. 331.

JACQUES (de Nancy). — Ostéopériostite odontopathique subaiguë du maxillaire supérieur (*Revue de laryngologie*, 15 octobre 1921, n° 19).

DELATER et BERCHER. — Les complications tumorales des foyers septiques paradentaires (*Revue de Stomatologie*, avril 1925, n° 4).

WORMS et BERCHER. — Ostéomyélite mandibulaire chronique à forme hyperostotante (*Revue de stomatologie*, 21 juin 1927, n° 6).

RUPPE. — Ostéite fibreuse des maxillaires (*Thèse Paris*, 1924).

CHABAUD. — Syphilis du maxillaire inférieur (*Thèse Paris*, 1884-85).

BERCHER et MAUREL. — Syphilis tertiaire du maxillaire inférieur (*Revue de Stomatologie*, février 1922, p. 193).

LEFAL. — Tuberculose du maxillaire inférieur (*Thèse Paris* 1922).

POLOSSON et DECHAUME. — Syphilome circonscrit du maxillaire inférieur à type hyperostose (*Revue de Stomatologie*, juin 1927, n° 6).

